

ИМЯ, ФАМИЛИЯ И АДРЕС КЛИЕНТА

Отдел по работе с лицами, имеющими инвалидность вследствие порока развития (Division of Developmental Disabilities, DDD), обязан направлять Вам письменное уведомление о решениях, касающихся Вашего права на участие в программах отдела DDD или услуг, предоставляемых отделом DDD, чтобы Вы понимали вынесенное решение и знали о своем праве на обжалование. В соответствии с законодательством штата Вашингтон, отдел DDD должен направлять эти уведомления не только Вам, но и по крайней мере еще одному лицу.

Отдел DDD попросил Вас назвать кого-либо, кто может получать наши уведомления, однако Вы:

- Не сумели назвать своего представителя.
- Заявили, что хотите сами представлять свои интересы.
 - Ваша просьба отклонена, поскольку отдел DDD установил, что Вы не способны без посторонней помощи понять содержание уведомлений и свое право на обжалование.

Отдел DDD начнет процедуру назначения представителя, который будет получать уведомления от Вашего имени. Вы сами по-прежнему будете получать уведомления, если только решением суда высшей инстанции Вам не будет назначен опекун.

Вы имеете право обжаловать это решение. Если Вы хотите обжаловать это решение, заполните и отправьте прилагающуюся форму "Требование отдела DDD назначить представителя. Просьба о проведении слушания" в срок до _____.

С уважением,

Сс: DDD Assistant Attorney General



**Требование отдела DDD
назначить представителя.
Просьба о проведении
слушания
DDD Requirement to Identify a
Representative: Request For Hearing**
Согласно разделу 388-02 правил департамента
DSHS по проведению слушаний.

FOR AGENCY USE ONLY

Oral request taken by:

NAME

NAME

INVOLVED DIVISION/ORGANIZATION

ОТПРАВЛЯТЬ ПО АДРЕСУ: OFFICE OF ADMINISTRATIVE HEARING (OAH), MAIL STOP: 42489
PO BOX 42489
OLYMPIA WA 98504-2489

ФАКС: 360-586-6563

Я прошу о проведении слушания, потому что я не согласен(не согласна) со следующим решением Отдела по работе с лицами, имеющими инвалидность вследствие порока развития (DDD):

ВАША ФАМИЛИЯ, ИМЯ (печатными буквами)

ДАТА РОЖДЕНИЯ:

АДРЕС ЛИЦА, НАПРАВЛЯЮЩЕГО ПРОСЬБУ О ПРОВЕДЕНИИ
СЛУШАНИЯ

ИДЕНТИФИКАЦИОННЫЙ НОМЕР КЛИЕНТА

ГОРОД

ШТАТ

ПОЧТОВЫЙ
ИНДЕКС

НОМЕР ТЕЛЕФОНА (ВКЛЮЧАЯ КОД
РЕГИОНА)

ТЕЛЕФОН ДЛЯ
СООБЩЕНИЙ

Я был(а) уведомлен(а) о решении: _____ : _____
ДАТА НАЗВАНИЕ И МЕСТО НАХОЖДЕНИЯ ОФИСА DSHS

Я хочу продолжать получение помощи, если я имею на это право: Да Нет Программа: _____

Мои интересы представляет (если Вы будете представлять себя сами, не заполняйте следующие две строки):

ИМЯ И ФАМИЛИЯ ВАШЕГО ПРЕДСТАВИТЕЛЯ

ОРГАНИЗАЦИЯ

НОМЕР ТЕЛЕФОНА

АДРЕС НОМЕР ДОМА, УЛИЦА

ГОРОД

ШТАТ

ПОЧТОВЫЙ
ИНДЕКС

Я разрешаю раскрыть информацию о слушании моего дела моему представителю.

ВАША ПОДПИСЬ

ДАТА

Нуждается ли Вы в услугах переводчика или другом виде помощи, или каком-либо приспособлении во время слушания?

Да Нет

Если да, то переводчик какого языка или какая помощь нужны? _____

Судьи по административным делам (Administrative Law Judges, ALJ) могут проводить слушания по телефону. Если Вы хотите лично присутствовать на слушании, следуйте инструкциям, сообщенным в уведомлении о слушании, которое будет направлено Вам Управлением ОАН.

Instructions

Case Resource Manager

If the client has been unable to identify a representative or requested to represent themselves for notification documents, your regional designee must consult with the DDD Assistant Attorney General (AAG). If the AAG makes a determination that the individual is not able to understand notices, you must:

- Present this notification to the client in a face to face interview.
- Explain what will happen because their request was denied.
- Explain the appeal process, including the 90 day time limit, and assist with a request for an Administrative Hearing if needed.
- Send a copy of this notification to the office of the DDD AAG, MS: 40124, Fax (360) 586-6662.